IZPP$^{\Phi}$ INTERNATIONALE ZEITSCHRIFT FÜR PHILOSOPHIE UND PSYCHOSOMATIK

Erstes offenes E-Journal für fächerübergreifende Theoriebildung in Philosophie und Psychosomatik sowie ihren Grenzgebieten

Herausgeber: Wolfgang Eirund und Joachim Heil ISSN: 1869-6880

Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund im deutschen psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem – Ein „best-practice" Beispiel

Vanessa Rößner-Ruff, Katrin Friedrich, Denise Hoins, Julia Krieger, Iris Tatjana Graef-Calliess

Zusammenfassung

Globalisierungs- und Wanderungsprozesse führen zu einer stetig wachsenden Anzahl von Menschen mit Migrationshintergrund (MMH). Ergebnisse bisheriger epidemiologischer Studie zur Prävalenz psychischer Störungen zeigten bis vor kürzerem ein etwa ähnlich hohes Erkrankungsrisiko zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund – sind jedoch aufgrund der heterogenen Datenlage nur wenig vergleichbar. Aktuelle Evidenz geht hingegen von einem deutlich höheren Erkrankungsrisiko aus. Dies erhöht die Relevanz der MMH im psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem. Bei der Behandlung und Diagnostik von psychischen Störungen sind migrationsassoziierte Risiko- und Belastungsfaktoren sowie Faktoren auf sozialer Ebene von erheblicher Bedeutung. Diese Aspekte stellen eine Herausforderung für den psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssektor des deutschen Gesundheitssystems dar. Um die Versorgung von MMH auszubauen und zu verbessern wird ein „best-practice" Beispiel anhand des Zentrums für Psychiatrie und Psychotherapie (ZTPP) am Klinikum Wahrendorff vorgestellt. Das ZTPP hat sich hat sich mittels zahlreicher kultursensibler Angebote auf die Behandlung von MMH spezialisiert, um die besonderen Bedürfnisse dieser Patientengruppe in die therapeutische Arbeit einzubeziehen.

Schlüsselwörter

Versorgung von Migranten, Transkulturelle Psychiatrie, Interkulturelle Öffnung, Interkulturelle Kompetenz, Migration-Mainstreaming

Treatment of persons with a migration background in the German psychiatric-psychotherapeutic care system – an example of best practice

Abstract

Globalization and migration lead to an increasing number of people with a migration background. Epidemiological studies revealed up to lately heterogeneous data and a rather similar risk for the incidence of psychiatric disorders among people with and without a migration background. Recent studies, however, show more consistent results including an increased risk for the incidence of psychiatric disorders among immigrants. This fact leads to an increased relevance of consideration of migrants in the German psychiatric-psychotherapeutic care system. Special risk and stress factors as well as social conditions are highly relevant for diagnosing and treating psychiatric disorders of migrants. Therefore migrants constitute a special patient group in the German psychiatric-psychotherapeutic care system. To enhance the care of migrants with psychiatric disorders this article introduces the German centre for psychiatry and psychotherapy in Klinikum Wahrendorff as a best practice example for the treatment of migrants. Due to different cultural oriented treatment facilities, especially to meet the specific needs of this patient group within the therapeutic work, the center is specialized in the treatment of migrants.

Keywords
Care of Migrants, Transcultural Psychiatry, Intercultural Opening, Intercultural Competence, Migration Mainstreaming

Einleitung

Globalisierungsprozesse und weltweit zunehmende Wanderungsbewegungen führen dazu, dass immer mehr Menschen ihren Lebensmittelpunkt verlagern [1]. In Deutschland (D) lebten 2016 rund 18,6 Millionen (Mio.) Menschen mit Migrationshintergrund (MMH), was einem Anteil an der Gesamtbevölkerung von 22,5 % entsprach [2]. Von MMH sind Personen zu unterscheiden, die aus humanitären Gründen nach D flüchteten. Während sich 2014 die Anzahl auf rund 750.000 Personen belief, hat sich diese bis 2016 mit rund 1,6 Mio. mehr als verdoppelt [3]. In den folgenden Ausführungen wird sich hauptsächlich auf die Gruppe der MMH konzentriert. Mit 67,7 % besitzt der überwiegende Anteil der MMH die Staatsbürgerschaft eines anderen Mitgliedslandes der Europäischen Union (EU). Außerhalb der EU gehören die Türkei (15,1 %), Polen (10,1 %), Russland (6,6 %), Kasachstan (5,2 %), Italien (4,6 %) und Rumänien (4,2 %) zu den häufigsten Herkunftsländern [2]. Diese Daten verdeutlichen, dass es sich bei MMH um eine sehr heterogene Bevölkerungsgruppe handelt, die sich von der Bevölkerungsgruppe der Menschen ohne Migrationshintergrund (MoMH) unterscheidet [1, 4]. Migration kann per se als ein kritisches Lebensereignis angesehen werden [1, 5]: Einerseits kann sie neue Möglichkeiten und Chancen bieten, andererseits aber auch gewisse Risiken mit sich bringen. Folglich können Migrationserfahrungen auf vielfältige Weise Auswirkungen v.a. auf die psychische Gesundheit ausüben [4, 6]. Während sich biologische sowie genetische Faktoren zwischen MMH und MoMH nicht wesentlich unterscheiden, können sowohl migrationsassoziierte Risiko- und Belastungsfaktoren (Abb. 1) als auch Faktoren auf sozialer Ebene (Abb. 2) als Erklärungsaspekte für die Entwicklung und den Verlauf psychischer Erkrankungen bei MMH herangezogenen werden [1, 5, 6, 13].

Abb. 1 Migrationsassoziierte Risiko- und Belastungsfaktoren

- Traumatische Erfahrungen im Rahmen der Migration [1]
- Unsicherheiten bzgl. aufenthaltsrechtlicher Situation [5, 7, 13]
- Verlust gewohnter sozialer Netzwerke/sozialer Unterstützung [8, 9]
- Akkulturationsstil/akkulturativer Stress[1] [1, 5, 6, 7]

Abb. 2 Risiko- und Belastungsfaktoren auf sozialer Ebene

- Ungünstige Wohnverhältnisse [6]
- Niedrige Bildung [1, 6, 13]
- Arbeitslosigkeit [6]
- Schlechte ökonomische Lage [1, 6]

} Niedriger Sozioökonomischer Status [1, 4, 6]

- Gesellschaftliche Ablehnung/Ausländerfeindlichkeit [1, 6], die u.a. zu Stigmatisierung/Diskriminierung/Soziale Exklusion führen können [1, 6, 12, 35, 36]

Zudem sollte berücksichtigt werden, dass jeder auf sehr individuelle Weise durch verschiedene Faktoren geprägt ist: Dies können bspw. der Lebensumstand im Herkunftsland, die Migrationsgeschichte, die Aufenthaltsdauer/-status, der Akkulturationsstil, der sozioökonomische Status, die ethnische/religiöse Zugehörigkeit, die kulturelle und

soziale Orientierung sein [1, 4, 5, 13]. Derartige migrationsspezifische Besonderheiten und damit im Zusammenhang stehende kulturelle sowie soziale Aspekte können einen relevanten Einfluss auf die Krankheitsverarbeitung und -äußerung ausüben, der entsprechend in der Diagnostik und
Behandlung psychischer Störungen bei MMH zu berücksichtigen ist [1, 13].

Bisherige epidemiologische Studien zur Prävalenz psychischer Störungen kamen zu widersprüchlichen Ergebnissen. Einerseits wiesen sie auf ein vergleichbar hohes Erkrankungsrisiko von MMH und MoMH hin und zeigten vereinzelt eine höhere Erkrankungsrate sowie eine schlechtere Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes [16, 17, 18, 19. 20]. Andererseits kamen Untersuchungen zu dem Schluss, dass Migranten nicht häufiger von psychischen Störungen betroffen sind als die Allgemeinbevölkerung und dass keine konsistente Erhöhung der Prävalenzen seelischer Erkrankungen vorliege [38, 39]. Aktuelle Evidenz kommt zu einheitlicheren Ergebnissen die aufzeigen, dass die in Zusammenhang mit Migrationserfahrungen erlebte soziale Exklusion und der wahrgenommene soziale Anpassungsdruck in Verbindung mit einer erhöhten Inzidenz für Schizophrenie stehen [35, 36]. In diesem Zusammenhang muss jedoch die eingeschränkte Vergleichbarkeit in Bezug auf die derzeit vorhandenen Daten berücksichtigt werden, da sich zum einen MMH und MoMH durch unterschiedliche Alters- und Sozialstrukturen auszeichnen und zum anderen die Bevölkerungsgruppe der MMH, wie bereits beschrieben, in sich eine sehr heterogene Bevölkerungsgruppe ist [4, 6]. Auch die Frage, ob MMH der ersten Einwanderungs-oder Folgegenerationen angehören, stellt eine relevante Determinante dar, da Lebensbedingungen sowie zugehörige Einstellungen und Verhaltensweisen einem kontinuierlichen Wandel in Bezug auf den Generationenwechsel unterliegen können [4]. Epidemiologische Daten, die die mit dem Migrationshintergrund in Verbindung stehende soziale und gesundheitliche Lage abbilden sowie bevölkerungsweite gesundheitsbezogene Informationen zur Verfügung stellen, sind aus diesem Grund in D eher rar [4, 6, 17]. Darüber hinaus gibt es in D auch nur wenige Studien zur Inanspruchnahme psychiatrisch-psychotherapeutischer Angebote durch MMH [1, 21, 22]. Die wenigen existierenden Daten deuten allerdings auf eine geringere Inanspruchnahme dieser Bevölkerungsgruppe trotz der vergleichbar hohen Prävalenz psychischer Störungen bei MMH und MoMH hin [1, 5, 15, 21, 23, 24 - 27]. Während MMH im stationären allgemeinpsychiatrischen Bereich eine ausreichende Inanspruchnahme aufweisen, sind sie überproportional im forensischen Abteilungen sowie Abteilungen für Abhängigkeitserkrankungen vertreten. Spezialisierte Angebote, wie bspw. ambulante psychotherapeutische Versorgungsleistungen, und stationäre psychosomatische Rehabilitation werden hingegen nur mangelhaft durch MMH genutzt [21, 23, 37]. Verschiedene Faktoren, die möglicherweise als spezifische Barrieren fungieren und damit das geringere Inanspruchnahmeverhalten gesundheitsbezogener Angebote von MMH erklären können, wurden in der Fachliteratur bereits diskutiert [1, 13]. Empirisch wurden diese Faktoren bislang allerdings in nur wenigen Studien untersucht. Diese als Zugangs- bzw. Inanspruchnahmebarrieren bezeichneten Faktoren lassen sich sowohl auf individueller als auch struktureller Ebene verorten (Abb. 3).

Der hohe und stetig weiter wachsende Anteil an MMH in D, das vergleichbar hohe Erkrankungsrisiko
bei gleichzeitiger Unterrepräsentation innerhalb der derzeitigen Versorgungsstrukturen verdeutlicht die Notwendigkeit des Einbezugs der speziellen Bedürfnisse dieser Bevölkerungsgruppe in das deutsche Gesundheitssystem [13, 16]. Vor diesem Hintergrund gewinnen auch das Verständnis und die daraus resultierende Relevanz der Berücksichtigung von Migrationshintergrund, Migrationserfahrung(en) und kulturellen Werten und Normen in die Diagnostik und Behandlung immer mehr an Bedeutung [1]. Insbesondere kulturspezifische Faktoren – welche das Denken, Fühlen und Handeln der MMH beeinflussen können – unterliegen individuellen Modifizierungsprozessen [28, 29]: Jeder Einzelne adaptiert sie für sich je nach individuellen
Kontextbedingungen (wie Lebensraum, Alter, Geschlecht, Religion, Bildung, Akkulturation etc.) [29]. Aus diesem Grund können sehr differente Erklärungsmodelle und Behandlungserwartungen in Bezug auf seelische und körperliche Erkrankungen existieren, die selbst wiederum dynamischen Prozessmodalitäten unterliegen [28].

Derartige migrations- und kulturspezifische Aspekte im Einzelfall adäquat in die Entstehung, den Verlauf und möglichen Genese einer psychischen Erkrankung einzubeziehen, stellt nach wie vor eine große Herausforderung v.a. für den psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssektor des deutschen Gesundheitssystems dar [1].

An der Verbesserung der Versorgung von MMH setzt das Konzept der Interkulturellen Öffnung an. Grundlegende Ziele sind zum einen MMH einen gleichwertigen Zugang sowie Inanspruchnahme von Angeboten des deutschen Gesundheitssystems zu ermöglichen und zum anderen eine kultursensible Diagnostik sowie Therapie zu gewährleisten [30, 31]. Der Prozess der interkulturellen Öffnung erfordert auf institutioneller Ebene zahlreiche Anpassungs- bzw. Veränderungsmaßnahmen, die sich auf die Strukturen und Abläufe auf Organisations-, Personal- und Qualitätsebene auswirken [1, 32].

Das Zentrum für Transkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie (ZTPP) des Klinikum Wahrendorff im Großraum Hannover (Niedersachsen) versucht, einen wesentlichen Beitrag zur interkulturellen Öffnung und damit zur Verbesserung der Versorgung von MMH beizutragen. Im Folgenden wird das ZTPP als ein „best-practice“ Beispiel für den Einbezug von migrations- und kultursensiblen Aspekten in die Behandlung von MMH vorgestellt.

Abb. 3 Zugangs- und Inanspruchnahmebarrieren

Individuelle Ebene

- Verständigungsprobleme (sprachgebunden und/oder kulturgebunden) [1, 5, 6, 13,
- Kulturbedingte Krankheitskonzepte (inkl. Symptompräsentation), Behandlungserwartungen, Hilfesuchverhalten [1, 13, 14]
- Kulturbedingte Einstellung gegenüber psychosozialer Behandlung [13, 14]
- Form, Ausmaß und Bedeutung von Religiosität [13]
- Mangelnde Kenntnis bzgl. des deutschen Gesundheitssystems und damit eingeschränkte bzw. fehlende Informationen bzgl. Versorgungsmöglichkeiten [1, 5, 6, 13]
- Angst vor Stigmatisierung und Diskriminierung [1, 6, 13]
- Schamempfinden [1]

Strukturelle Ebene

- Mangel an qualifizierten muttersprachlichen bzw. bi-/multilingualen Fachpersonal [1]
- Eingeschränkte interkulturelle Kompetenz seitens des Fachpersonals [1, 13]
- Divergierende Wahrnehmung der Art und Schwere von Symptomen aufgrund unterschiedlicher kultureller Bezugsrahmen zwischen MMH und Behandlern [13]
- Mögliche Stereotypisierung bzw. diskriminierende/rassistische Einstellungen auf Seiten der Behandler [1, 13]
- Fehlen von migrationsspezifischen, insbesondere muttersprachlichen Versorgungsangeboten [1, 13, 15]
- Mangel an Sprach- und Kulturmittlern sowie deren professionellen Einsatz [1]
- Unzureichende interkulturelle Öffnung der Versorgungsstrukturen des deutschen Gesundheitssystems [1, 5, 13] sowie ungünstige strukturelle Rahmenbedingungen innerhalb des Versorgungssystems insgesamt [13]
- Problematischer gesetzlicher Rahmen [13]

Zentrum für Transkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie – Ein „best-practice“- Beispiel

Aufbau, Inhalte und Ziele

Das ZTPP wurde seit 2009 sukzessiv aufgebaut und ist an mehreren Standorten im Großraum Hannover verortet. Es besteht aus den Behandlungseinheiten einer offenen allgemeinpsychiatrischen Station mit 25 Betten, zwei Tageskliniken mit je 20 Behandlungsplätzen[2] und einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) mit ca. 500 Patientenfällen im Quartal. Durch den Aufbau des Zentrums in ein voll-, teilstationäres und ambulantes Setting wird für den Patienten eine vollständige Behandlungskette vorgehalten, die bei Bedarf in Anspruch genommen werden kann. Dadurch soll eine Behandlungskontinuität und transkulturelle Expertise gewährleistet werden, die einen größtmöglichen Erfolg zum Genesungsprozess beiträgt.

Grundlegendes Ziel des ZTPP ist, die Behandlung von MMH kultursensibel und damit bedürfnisangepasst auszurichten. Durch entsprechende niederschwellige Angebote soll die Gesundheitsversorgung von MMH verbessert sowie kulturspezifische Zugangsbarrieren abgebaut werden. Um seelische Belastungen zu reduzieren, die Patientenorientierung möglichst kulturdifferentiell zu gestalten sowie eine aktive Beteiligung dieser Patienten am Gesundheitsprozess zu fördern, liegt der Schwerpunkt im ZTPP u.a. auf dem Einbezug kulturell orientierter Ansichten und Lebenspraktiken in die therapeutische Arbeit. Hierfür ist eine ganzheitliche Betrachtungsweise notwendig, bei der sowohl Perspektiven auf Mitarbeiter- und Patientenebene einbezogen werden.

Ein weiterer elementarer Bestandteil des Konzepts des ZTPP ist eine ausgeglichene Verteilung von Patienten mit und ohne Migrationshintergrund, um dem Anspruch einer Integration von Patienten anderer kultureller Zugehörigkeit in die Regelversorgung gerecht zu werden und somit einer Marginalisierung bzw. klinischen „Ghettoisierung“ Vorschub zu leisten. Um die Sprachkompetenzen der MMH zu fördern und zum Integrationsprozess beizutragen, wird Deutsch als Verkehrssprache im gesamten ZTPP genutzt.

Mitarbeiterebene

Um eine qualifizierte Behandlung zu ermöglichen, steht im ZTPP v.a. die Interkulturelle Kompetenz (IK) im Fokus: Grundlegend wird ein großer Wert darauf gelegt, dass die Mitarbeiter eine durch Offenheit und Neugier geprägte Haltung gegenüber anderen Kulturen einnehmen. Hieraus soll Transkulturalität als Haltung entstehen, die im Wesentlichen die Reflexion der gegenseitigen Übertragungen und Repräsentationen des „Anderen“ und des „Eigenen“ bedeutet. Für die therapeutische Haltung heißt das, sich innerhalb eines dynamischen Lernprozesses der Frage der Identität zu öffnen und sich für die subjektive kulturelle Identität des Anderen zu interessieren ohne hierbei kulturellen Zuschreibungen Vorschub zu leisten. Denn für Oestereich und Hegemann stellen Offenheit, Interesse und respektvolle Neugier Grundpfeiler der IK dar [33]. Darüber hinaus sehen Kirmayer et al. in IK zum einen die Fähigkeit kulturspezifische Krankheitsverständnisse, Ausdrucksmuster und Behandlungserwartungen zu erkennen und darauf aufbauend den therapeutischen Prozess entsprechend zu gestalten [34]. Zum anderen umfasst IK auch die Fähigkeit mit Sprach- und Kulturmittlern im therapeutischen Rahmen arbeiten zu können [34]. Eine Heranführung der Mitarbeiter an eine kultursensible Patientenorientierung, -zuwendung und -kommunikation durch die Haltung der Offenheit und Neugier gegenüber anderen Kulturen sowie der Einbezug von differenziertem Wissen um die Bedeutung kultur- und migrationsspezifischer Einflussfaktoren in der Psychiatrie und Psychotherapie stellen im ZTPP insgesamt wichtige Aspekte für den Behandlungsprozess dar. Dabei wird versucht IK stetig zu vermitteln und zu schärfen. Aus diesem Grund nimmt ein engmaschiger kollegialer Austausch einen zentralen Stellenwert im Rahmen der

transkulturellen Arbeit im ZTPP ein. Dieser wird einerseits durch die tägliche enge Zusammenarbeit innerhalb der multidisziplinären Teams (Abb. 4), andererseits durch regelmäßig stattfindende wöchentliche Visiten sowie Teambesprechungen und monatliche Zentrumssitzungen gefördert. Unter professioneller Leitung finden zudem regelmäßig externe interkulturelle Fall- und Teamsupervisionen statt. Innerhalb dieser können auf Fallebene konkrete Schwierigkeiten bzgl. interkultureller Settings, kulturdifferenter Symptomatologie, transkultureller Konfliktdynamik oder kulturdifferenten Hilfesuchverhaltens auf Teamebene thematisiert werden.

Um den Patienten sowohl auf der kulturellen als auch sprachlichen Ebene gerecht zu werden, sind im ZTPP in allen Berufsgruppen bi- bzw. multilinguale Mitarbeiter vertreten (Abb. 5). Neben der Bi- bzw. Multilingualität weisen die Mitarbeiter der multidisziplinären Behandlungsteam oft auch selbst einen Migrationshintergrund auf. Entsprechend verfügen die Mitarbeiter über umfassende professionelle Kenntnisse anderer Kulturen.

Abb. 4 Zusammensetzung des multidisziplinären Team im ZTPP

- (Fach-)ÄrztePsychologische Psychotherapeuten
- Psychologen
- Sozialpädagogen
- Sozialarbeiter
- Ergotherapeuten
- Kunsttherapeuten
- Pflegekräfte
- Medizinische Fachangestellte



Abb. 5 Sprachliche Kompetenzen der Mitarbeiter des ZTPP (Stand: 2017)

- Türkisch
- Russisch
- Weißrussisch
- Englisch
- Spanisch
- Französisch
- Kurdisch
- Polnisch
- Ukrainisch
- Persisch
- Farsi

Therapeutisches Konzept

Migration kann zu einem entscheidenden Wandel der Identität führen. Diese psychologische Herausforderung der Akkulturation besteht in erster Linie in der Notwendigkeit der seelischen Integration zweier oder mehrerer verschiedener Kulturen und neuer sozialer Kontextfaktoren [1, 4, 5, 11, 13]. Eine Ambivalenz zwischen der Orientierung in der neuen Umgebung versus Rückkehrwünschen kann zu intrapsychischer Spannung sowie Vulnerabilität führen und damit kurz- oder langfristig klinische Symptome hervorbringen [1, 4, 5, 13].

Im ZTPP wird aus diesem Grund stets versucht, auf die vielfältigen individuellen Bedürfnisse, Symptomäußerungen und zugehörigen Copingstrategien der jeweiligen psychischen Erkrankungsmuster einzugehen, welche häufig in einem sehr engen Zusammenhang mit Aspekten kultureller Zugehörigkeit stehen. Hierfür werden innerhalb der verschiedenen Behandlungsschwerpunkte – wie bspw. Schmerz und somatoforme Störungen oder chronische Depressivität – der individuelle Ausdruck von emotionaler Belastung oder von Akkulturationsstress und die damit verbundenen möglichen Schwierigkeiten im Rahmen einer notwendigen Identitätsentwicklung in der Fremde thematisiert.

Dabei ist die Behandlung der MMH grundsätzlich interkulturell ausgerichtet, wobei die Patienten die Möglichkeit haben, muttersprachliche Einzel- und Gruppentherapien wahrzunehmen. Darüber hinaus finden auch nonverbale Verfahren, wie z.B. Körperachtsamkeit, Entspannung, Yoga, Musik-, Tanz-, Ergo- und Kunsttherapie Anwendung.

Transkulturelle Elemente finden darüber hinaus in den Lebenspraktiken der Patienten sowie im pflegerischen Alltag besondere Berücksichtigung: Für MMH gibt es u. a. die Möglichkeit spezielle Kost (bspw. kein Schweinefleisch, koscheres Essen etc.) zu bestellen. Zudem wird auch ein Raum zur rituellen Waschung und zum Beten inklusive Gebetsteppichen – mit Berücksichtigung der Gebetszeiten im Therapieplan – angeboten.

Bei den ärztlichen Untersuchungen sowie pflegerischen Aufnahmen wird großer Wert auf Gendersensibilität gelegt.

Eine besondere Bedeutung wird im ärztlichen Bereich der Ethnopsychopharmakotherapie beigemessen, da u. a. die Metabolisierung von Psychopharmaka hoher ethnischer Variabilität unterliegt.

Darüber hinaus werden auch die häufig vorherrschenden Berührungsängste mit dem dt. Gesundheitssystem, insbesondere im psychiatrisch-psychotherapeutischen Sektor, im ZTPP berücksichtigt. Bspw. unterstützt ein muttersprachlicher Sozialdienst die Patienten u.a. bei Fragen und Anliegen auf bürokratischer Ebene und setzt gezielt daran an, mögliche individuelle oder strukturelle Zugangsbarrieren bzw. bürokratische Hürden abzubauen.

Im ZTPP existiert ferner eine Reihe von Spezialangeboten: Dies betrifft zum einen die vom Familienministerium im Rahmen des Projekts „Lokale Allianzen gegen Demenz“ geförderte Spezialsprechstunde für Migration und Demenz mit einer Angehörigengruppe in türkischer Sprache sowie eine kultursensible Ressourcengruppe für türkischstämmige Patienten mit Demenz. Zum anderen stellt die medizinische und therapeutische Versorgung von Flüchtlingen einen weiteren wesentlichen Schwerpunkt des ZTPP dar: Hier wurde eine Spezialsprechstunde für traumatisierte Flüchtlinge nebst einer spezifischen Sozialberatung und einer sprachreduzierten Traumastabilisierungsgruppe in Kooperation mit dem Asklepios Fachklinikum Göttingen geschaffen.

Um eine Versorgung mit interkulturellen Schwerpunkten auch außerhalb der Behandlung im ZTPP zu gewährleisten, unterhält das ZTPP zahlreiche Kooperationen zu anderen Einrichtungen, bspw. zum Ethnomedizinischen Zentrum Hannover, zum Transkulturellen Betreuungsdienst, zum Transkulturellen Pflegedienst sowie Anbietern von ambulanter psychiatrischer Pflege und ambulant betreutem Wohnen mit bilingualen Mitarbeitern mit Migrationshintergrund.

Patientenebene
In Bezug auf die Patienten ist es bedeutsam, das Gefühl zu erzeugen, dass sie sich im Gesundheitssystem „angekommen“ und „angenommen“ fühlen und hinsichtlich ihrer psychischen Probleme und Belastungen die richtige Anlaufstelle gefunden haben. Das ZTPP ist vor diesem Hintergrund darauf ausgerichtet, kultursensible und damit bedürfnisorientierte therapeutische Arbeit bereitzustellen. Dies soll u.a. sowohl durch den Einsatz von muttersprachlichen als auch nonverbalen Behandlungsangeboten, eines bi- bzw. multilingualen, multidisziplinären und multikulturellen Behandlungsteams, von professionell und psychologisch geschulten Dolmetschern sowie durch die Berücksichtigung bzw. Respektierung kulturell geprägter Lebenspraktiken etc., eingebettet in ein kultursensibles Setting, gewährleistet werden.

In der therapeutischen Arbeit des ZTPP wird sich auf die Stabilisierung des Patienten durch eine gezielte Einbeziehung und Stärkung seiner jeweiligen Ressourcen fokussiert. Gleichzeitig wird daran angesetzt, die Akzeptanz für psychische Erkrankungen und daraus resultierende Compliance und Hilfesuchverhalten seitens der MMH zu erhöhen. Im Mittelpunkt der Arbeit des ZTPP steht aus diesem Grund der Schwerpunkt Kultursensibilität.

Zusammenfassung und Ausblick
Das ZTPP setzt für eine bessere Gesundheitsversorgung von MMH sowie einen Ausbau der Interkulturellen Öffnung ein, insbesondere im psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssektor des dt. Gesundheitssystems. Im Rahmen der langjährigen klinischen Arbeit im ZTPP konnte die Erfahrung gemacht werden, dass verschiedene Ansatzpunkte für eine nachhaltige Verbesserung der Integration von MMH notwendig sind.
Um die Therapie von MMH so effizient wie möglich zu gestalten, ist bei der Diagnosestellung und daran anschließenden Behandlungsplanung entscheidend, eine ausführliche kultursensible Erhebung der Krankheitsgeschichte durchzuführen (Abb. 6). Hierbei ist es wichtig, dass diese nach Möglichkeit in der Muttersprache erfolgt, da das Krankheitsverständnis sowie die -äußerung häufig in engem Zusammenhang mit dem kulturellen Hintergrund stehen. Um dies zu gewährleisten, spielt nicht nur die Sprachkompetenz des jeweiligen Therapeuten eine entscheidende Rolle, sondern auch dessen jeweilige Interkulturelle Kompetenz. Aus diesem Grund stehen bei dem behandelnden therapeutischen Personal des ZTPP die Berücksichtigung der individuellen kulturabhängigen Symptompräsentationen sowie der stetige Einbezug von Transkulturalität als Haltung im Vordergrund.

Im klinischen Kontext bedeutet dies jedoch auch einen deutlich erhöhten Ressourcenaufwand. Vor diesem Hintergrund erscheint eine strukturelle Veränderung der Ressourcenvergabe bei der Behandlung von MMH im Gesundheitssystem diskussionswürdig.

Übergreifend versucht das ZTPP einen wesentlichen Beitrag zum „migration mainstreaming“ zu leisten: Einerseits indem es für die Etablierung einer flächendeckenden bedürfnisangepassten Behandlung von MMH im psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem eintritt und diese, neben dem weiteren Ausbau des Zentrums selbst[3], auch durch zahlreiche Kooperationen unterstützt. Andererseits in dem es für den Einbezug der spezifischen Bedürfnisse von MMH fortwährend sensibilisiert.

Abb. 6 Tipps für die Praxis, basierend auf den Erfahrungen des ZTPP

- Gezielter Einsatz von professionellen Sprach- und Kulturmittlern
- Explizites Explorieren kulturell andersartiger Krankheitskonzepte und Behandlungserwartungen sowie Rollenannahmen
- Informationen zum Migrationshintergrund und individuellen kulturellen Besonderheiten systematisch erheben und in die Diagnostik und Behandlungsplanung einbeziehen
- Migration als überdauernde psychokonstitutionelle Variable für Entstehung, Verlauf und Therapie der psychischen Erkrankung angemessen berücksichtigen
- Bereitschaft zur offenen und flexiblen Modifikation der therapeutischen Haltung: Kulturelle Unterschiede, Prägung durch Migrationserfahrungen und Irritationen auf Seiten der Therapeuten sowie der Patienten mit Migrationshintergrund im Prozess aufnehmen und bearbeiten

(Endnotes)

1 Ein Ankommen in einer neuen Gesellschaft erfordert von MMH eine hohe Anpassungsleistung, indem ständig eine Balance zwischen dem „Alten“ und dem „Neuen“ hergestellt werden muss [1, 5]. Dieser Anpassungsprozess erzeugt häufig akkulturativen Stress [5]. Unter akkulturativem Stress werden alle sozialen und vor allem psychischen Belastungen bezeichnet, die mit der Phase der Migration in Verbindung stehen [10]. Der gegenseitige Austausch von kulturellen Werten, Normen und Traditionen von miteinander stetig in Kontakt tretenden Personengruppen unterschiedlicher Kulturen umfasst nach Berry [2] Dimensionen. Einerseits die Aufrechterhaltung kultureller Werte und andererseits den Kontakt mit und die Teilhabe an der neuen Gesellschaft [11]. In Abhängigkeit der Nähe bzw. Ähnlichkeit von Verhaltensweisen und Werten können nach Berry vier Akkulturationsstrategien abgeleitet werden: integriert, separiert, marginalisiert, assimiliert [11].

2 Die Behandlung in den beiden Tageskliniken orientiert sich sprachlich und kulturell an einem türkischen bzw. persischen sowie russischen bzw. polnischen Schwerpunkt.

3 Seit der Gründung des ZTPP im Jahre 2009 konnte ein erheblicher Anstieg von Patienten mit Migrationshintergrund und seit 2015 ein Anstieg von Asylsuchenden verzeichnet werden. Durch verschiedene Evaluationen konnten in allen Behandlungssettings gleichermaßen nachhaltige Behandlungserfolge der Patienten mit und ohne Migrationshintergrund sichergestellt werden.

Literaturverzeichnis

[1] Schouler-Ocak, M. & Aichberger, M.C. (2015). Versorgung von Migranten. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 65, 476–485.

[2] Statistisches Bundesamt (2017a). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2016* [WWW Dokument]. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund2010220167004.pdf [Datum des Zugriffs: 08.11.2017].

[3] Statistisches Bundesamt (2017b). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Schutzsuchende. Ergebnisse des Ausländerzentralregisters* [WWW Dokument]. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Schutzsuchende2010240167004.pdf [Datum des Zugriffs: 08.11.2017].

[4] Rommel, A., Saß, A.C., Born, S. & Ellert, U. (2015). Die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund und die Bedeutung des sozioökonomischen Status – Erste Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 58, 543–552.

[5] Rommel, A. & Köppen, J. (2016). Migration und Suchthilfe – Inanspruchnahme von Leistungen durch Menschen mit Migrationshintergrund. *Psychiatrische Praxis*, 43, 82–88.

[6] Schouler-Ocak, M., Aichberger, M.C., Penka, S., Kluge, U. & Heinz, A. (2015). Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 58, 527–532.
[7] Porter, M. & Haslam, N. (2005). Predisplacement and Postdisplacement Factors Associated with Mental Health of Refugees and Internally Displaced Persons: A Meta-Analysis. *JAMA the journal of the American Medical Association*, 294, 602–612.
[8] Silveira, E. & Ebrahim, S. (1998). Social determinants of psychiatric morbidity and well-being in immigrant elders and whites in East London. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 801–812.
[9] Tinghög, P., Al-Saffar, S., Carstensen, J. & Nordenfelt, L. (2010). The association of immigrant- and non-immigrant-specific factors with mental iII health among immigrants in Sweden. *International Journal of Social Psychiatry*, 56, 74–93.
[10] Berry, J.W., Kim, U., Minde, T. & Mok, D. (1988). Comparative Studies of Acculturative Stress. *International Migration Review*, 21, 491–511.
[11] Berry, J.W. (1997). Immigration, Acculturation, and Adaptation. *Applied Psychology*, 46, 5–34.
[12] Schunck, R., Reiss, K. & Razum, O. (2014). Pathways between perceived discrimination and health among immigrants: Evidence from a large national panel survey in Germany. *Ethnicity and Health*, 20, 1–18.
[13] Baschin, K., Ülsmann, D., Jacobi, F. & Fydrich, T. (2012). Inanspruchnahme psychosozialer Versorgungsstrukturen – Theoretisches Modell für Personen mit Migrationshintergrund. *Psychotherapeut*, 57, 7–14.
[14] Calliess, I.T., Schmid-Ott, G., Akguel, G. & Ziegenbein, M. (2007). Einstellungen zu Psychotherapie bei jungen türkischen Migranten in Deutschland. *Psychiatrische Praxis*, 34, 343–348.
[15] Machleidt, W., Behrens, K., Ziegenbein, M. & Calliess, I.T. (2007). Integration von Migranten in die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in Deutschland. *Psychiatrische Praxis*, 34, 325–331.
[16] Machleidt, W. & Calliess, I.T. (2008). Transkulturelle Psychiatrie und Migration – Psychische Erkrankungen aus ethnischer Sicht. *Die Psychiatrie – Grundlagen und Perspektiven*, 2, 77–84.
[17] Bermejo, I., Mayninger, E., Kriston, L. & Härter, M. (2010). Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung. *Psychiatrische Praxis*, 37, 225–232.
[18] Robert Koch-Institut, Razum, O., Zeeb, H., Meesmann, U., Schenk, L., Bredehorst, M., Brzoska, P., Dercks, T., Glodny, S., Menkhaus, B., Salman, R., Saß, A.C. & Ulrich, R. (2008). *Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: Robert Koch-Institut.
[19] Aichberger, M. C., Neuner, B. Hapke, U., Rapp, M.A., Schouler-Ocak, M. & Busch, M.A. (2012). Der Zusammenhang zwischen Migrationsstatus und depressiven Symptomen in der älteren Bevölkerung in Deutschland: Ergebnisse einer bevölkerungsbasierten Querschnittstudie. *Psychiatrische Praxis*, 39, 116–121.
[20] Sahyazici, F. & Huxhold, O. (2012). Depressive Symptome bei älteren türkischen Migrantinnen und Migranten. In: Baykara-Krumme, H., Schimany, P. & Motel-Klingebiel, A. (Hrsg.), Viele Welten des Alterns – Ältere Migranten im alternden Deutschland, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 181–200.
[21] Koch, E., Hartkamp, N., Siefen, R.G. & Schouler-Ocak, M. (2008). Patienten mit Migrationshintergrund in stationär-psychiatrischen Einrichtungen. *Der Nervenarzt*, 79, 328–339.
[22] Lindert, J., Priebe, S., Penka, S., Napo, F., Schouler-Ocak, M. & Heinz, A. (2008). Versorgung psychisch kranker Patienten mit Migrationshintergrund. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 58, 123-129.
[23] Mösko, M., Gil-Martinez, F. & Schulz, H. (2010). *Interkulturelle Öffnung in der ambulanten Psychotherapie* [WWW Dokument]. Verfügbar unter: http://www.dgvt.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Kongress/Kongress_2010/Praesentationen/SY14-4-So-1400-KL%2026%20130_M%F6sko_Migrantinnen.pdf

[Datum des Zugriffs: 30.11.2017].
[24] Rommel, A. (2005). Migration und Rehabilitation psychischer Erkrankungen - Perspektiven und Grenzen einer Gesundheitsberichterstattung mit Routinedaten. *Gesundheitswesen*, 67, 280–288.
[25] Brzoska, P., Voigtländer, S., Spallek, J. & Razum, O. (2010). Utilization and effectiveness of medical rehabilitation in foreign nationals residing in Germany. *European journal of epidemiology*, 25, 651–660.
[26] Robert Koch-Institut (2008). *Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KIGGS) 2003–2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Bericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.* Berlin: Robert Koch-Institut.
[27] Poethko-Müller, C., Ellert, U., Kuhnert, R., Neuhauser, H., Schlaud, M. & Schenk, L. Vaccination coverage against measles in German-born and foreign-born children and identification of unvaccinated subgoups in Germany. *Vaccine*, 27, 2563–2569.
[28] Heinz, A., & Kluge, U. (2011). Ethnologische Ansätze in der transkulturellen Psychiatrie. In: Machleidt, W. & Heinz, A. (Hrsg.), Praxis der Interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie, Elsevier, München 27–32.
[29] Pfeiffer, W.M. (1994). Transkulturelle Psychiatrie: Ergebnisse und Probleme, 2. Auflage, Thieme Stuttgart.
[30] Droste, M., Kemal Gün, A., Kiefer, H., Koch, E., Naimi, I., Reinecke, H., Wächter, M. & Wesselman, E. (2015). *Das kultursensible Krankenhaus. Ansätze zur interkulturellen Öffnung. Praxisratgeber erstellt vom bundesweiten Arbeitskreis Migration und Öffentliche Gesundheit, Unterarbeitsgruppe Krankenhaus.*
Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.). 3. Auflage, Berlin: Zarbock GmbH & Co. KG.
[31] Machleidt, W. (2006). Die Sonnenberger Leitlinien – Transkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland. In: Machleidt, W., Salman, R., Calliess, I.T. (Hrsg.), Sonnenberger Leitlinien. Integration von Migranten in Psychiatrie und Psychotherapie. Erfahrungen und Konzepte in Deutschland und Europa, VWB-Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin 21–35.
[32] Penka, S., Kluge, U., Vardar, A., Borde, T. & Ingleby, D. (2012). The concept of “intercultural opening”: the development of an assessment tool for the appraisal of its current implementation in the mental health care system. *European Psychiatry*, 27, 63–69.
[33] Oestereich, C. & Hegemann, T. (2010). Interkulturelle Systemische Therapie und Beratung. *PiD Psychotherapie im Dialog*, 11, 319–325.
[34] Kirmayer, L., Rousseau, C., Corin, E. & Groleau, D. (2008). Training Researchers in Cultural Psychiatry: The McGill-CIHR Strategic Training Program. *Academic Psychiatry*, 32, 320–326.
[35] Cantor-Graae, E. & Selten, J. P. (2005). Schizophrenia and migration: A meta-analysis and review. *American Journal pf Psychiatry*, 162, 12–24.
[36] Bourque, F., van der Ven, E., & Malla, A. (2011). A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first- and second-generation immigrants. *Psychological medicine*, 41, 897–910.
[37] Mösko, M.O., Pradel, S. & Schulz, H. (2011). The care of people with a migration background in psychosomatic rehabilitation. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 54, 465–474.
[38] Glaesmer, H., Wittig, U. Brähler, E., Martin, A., Mewes, R. & Rief, W. (2009). Sind Migranten häufiger von psychischen Störungen betroffen? Eine Untersuchung an einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Allgemeinbevölkerung. *Psychiatrische Praxis*, 36, 16–22.
[39] Abebe, D.S., Lien, L. & Hjelde, K.H. (2014). What We Know and Don’t Know About Mental Health Problems Among Immigrants in Norway. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 16, 60–67.

Zu den Autorinnen
Katrin Friedrich, Soziologin (M.A.), Wissenschaftliche Mitarbeiterin Klinikum Wahrendorff, Abteilung „Neue Versorgungskonzepte – Forschung und Entwicklung“; AG Soziale und Transkulturelle Psychiatrie & Psychotherapie, Medizinische Hochschule Hannover.

Iris Tatjana Graef-Calliess, Priv.-Doz. Dr. med., Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Leitende Ärztin Zentrum für Transkulturelle Psychiatrie, Klinikum Wahendorff; AG Soziale und Transkulturelle Psychiatrie & Psychotherapie, Medizinische Hochschule Hannover.

Denise Hoins, Psychologiestudentin und wissenschaftliche Hilfskraft Klinikum Wahrendorff, Abteilung „Neue Versorgungskonzepte – Forschung und Entwicklung“.

Julia Krieger, Psychologin (M.Sc.), wissenschaftliche Mitarbeiterin Klinikum Wahrendorff, Abteilung „Neue Versorgungskonzepte – Forschung und Entwicklung“; AG Soziale und Transkulturelle Psychiatrie & Psychotherapie, Medizinische Hochschule Hannover.

Vanessa Rößner-Ruff, Soziologin (M.A.), Wissenschaftliche Mitarbeiterin Klinikum Wahrendorff, Abteilung „Neue Versorgungsaspekte – Forschung und Entwicklung“; AG Soziale und Transkulturelle Psychiatrie & Psychotherapie, Medizinische Hochschule Hannover.